FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

374

ANNÉE 1913

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Léon BONNET
Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GROSSESSES

EXTRA-MEMBRANEUSES

Président : M. BAR, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)
—
1913

374

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Léon BONNET
Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GROSSESSES

EXTRA-MEMBRANEUSES

Président : M. BAR, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)
—
1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS N.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DE L'HOTEL-DIEU
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

Au terme de mes études médicales, je suis heureux d'adresser mes plus vifs remerciements à mes maîtres de l'Hôtel-Dieu et de l'École de Médecine d'Angers, ainsi qu'à tous ceux qui, dans le cours de mes années d'études, se sont intéressés à moi.

Alors que j'étais interne, MM. Monprofit, Thibault, Boquel, Maugourd, Léon, Charrier m'accueillirent dans leur service avec la plus grande bienveillance. Je conserve le meilleur souvenir des heures trop brèves passées près de ces maîtres, et leur suis profondément reconnaissant pour les nombreux conseils et les savantes leçons qu'ils n'ont cessé de me donner.

Je remercie MM. Brin, Denéchau, Martin, Mâreau, Turlais, Papin, Cocard, Tesson, Gaugain, Spillmann, Royer des marques de sympathie que j'ai toujours reçues d'eux. M. Legludic et M. Jagot, directeur de l'École de Médecine d'Angers, m'ont, en maintes occasions, donné des preuves de leur grande bienveillance. Je leur en demeure bien sincèrement reconnaissant.

Le Dr Boquel a bien voulu me guider dans le

choix de cette thèse. Je le prie de croire à ma profonde gratitude.

Que M. le professeur Bar veuille bien agréer l'expression de ma très respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de ma thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES GROSSESSES EXTRA-MEMBRANEUSES

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Le 12 avril 1913, à la Maternité d'Angers, notre attention fut attirée par une malade dont l'histoire nous intéressa vivement.

Une femme de trente-six ans (VIII-pare) entra à la Maternité parce qu'elle perdait depuis un mois un liquide séro-sanguinolent. Cette femme se disait enceinte depuis le 30 novembre 1912, date de ses dernières règles ; l'utérus remontait jusqu'à l'ombilic ; l'âge de sa grossesse était d'environ cinq mois.

Au cours du troisième mois eut lieu le premier écoulement qui était séro-sanguinolent. Le 4 mai 1913 elle accoucha d'un enfant du sexe masculin du poids de 600 grammes.

Le placenta nous sembla curieux ; il était marginé et les membranes formaient une poche dont la capacité était nettement en désaccord avec le volume du fœtus.

Le Dr Boquel, chef de service de la Maternité, fit le diagnostic de grossesse extra-membraneuse.

L'écoulement séro-sanguinolent avait été précédé d'un traumatisme ; nous avions conclu que cette rupture prématurée des membranes était due à ce traumatisme. Assez ignorant de la question encore neuve des grossesses extra-membraneuses, cette explication nous sembla fort logique, sans doute parce que fort simple.

La lecture des cas analogues publiés dans des revues d'obstétrique et dans des thèses, nous éclaira sur cette question intéressante, mais, en même temps, nous enleva de notre belle assurance sur l'explication que nous donnions de la pathogénie de ce cas.

Cependant, nous prîmes connaissance des observations de grossesses extra-membraneuses prises à la Maternité d'Angers. Ces observations sont au nombre de cinq. A la première lecture une remarque s'imposa : c'est que l'écoulement du liquide amniotique avait chaque fois (sauf deux) succédé à un traumatisme avoué par la malade.

Frappé alors par ces faits, l'explication si naturelle des grossesses extra-membraneuses par le traumatisme, nous sembla encore plus logique et nous décida à nous demander si le traumatisme n'intervient pas plus souvent qu'on ne le croit généralement dans la production des grossesses extra-membraneuses.

Nous croyons apporter un peu de clarté à notre

travail en donnant par avance le plan général que nous avons adopté.

Nous allons tout d'abord montrer quel est l'état actuel de cette question : nous ferons là l'exposé des idées admises sur la symptomatologie, le diagnostic et surtout la pathogénie des grossesses extra-membraneuses. Puis nous exposerons les nouveaux faits observés par nous et qui nous rendirent séduisante une pathogénie nouvelle. Nous énoncerons ensuite cette pathogénie.

CHAPITRE II

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION DES GROSSESSES EXTRA-MEMBRANEUSES

Définition

Qu'appelle-t-on une grossesse extra-membraneuse ?

Ce terme, fort heureux, fut employé pour la première fois par M. le Dr Glaize (thèse de Paris, 1899) pour désigner un cas pathologique caractérisé par le développement du fœtus en dehors des membranes de l'œuf ; ce fait implique la nécessité de deux autres faits : la rupture prématurée des membranes de l'œuf et l'issue du fœtus hors de ces membranes.

Cette conception de la grossesse extra-membraneuse est admise par tous actuellement ; il n'en fut pas toujours de même, car c'est de 1895 seulement que date la première observation de grossesse vraiment extra-ovulaire. Cette observation fut publiée et commentée par Tarnier.

Il est assez curieux que le premier cas soit si récent quand on songe à la quantité d'observations publiées

depuis. Est-ce défaut d'observation des anciens accoucheurs, résultant de l'idée bien nette qu'ils avaient de l'impossibilité de développement du fœtus hors des membranes? Est-ce la plus grande rareté des traumatismes criminels chez nos ascendants? Ces deux raisons nous donnent peut-être l'explication de l'absence de grossesse extra-membraneuse avant 1895, car nous ne saurions considérer l'endométrite déciduale comme plus rare autrefois que de nos jours.

D'ailleurs, là n'est pas la question; ce qu'il importe de savoir ce sont les idées émises par les auteurs sur l'existence des grossesses extra-membraneuses, leur symptomatologie et surtout leur étiologie et leur pathogénie.

La question de l'existence des grossesses extra-membraneuses est dès maintenant réglée; tous les auteurs l'admettent; de nombreux cas observés et publiés par nos maîtres sont venus confirmer l'observation de Tarnier; et si leurs vues divergent quelque peu sur les questions de l'étiologie et de la pathogénie, du moins sont-ils d'accord sur la symptomatologie, seul chapitre qui mette en jeu l'existence ou la non-existence des grossesses extra-membraneuses.

Historique

Nous laisserons de côté les grossesses extra-amniotiques qui sont des cas particuliers de la

question et nous ne nous occuperons que des grossesses vraiment extra-ovulaires, c'est-à-dire développées en dehors de l'amnios et du chorion.

En 1895 donc, Tarnier publie son cas ; il distingue l'hydrorrhée amniotique due à la rupture des membranes de l'hydrorrhée déciduale ; il observe dans l'arrière-faix d'une femme perdant de l'eau depuis plus de cinquante jours, une disproportion très considérable entre le volume du fœtus et la cavité de l'œuf ; il en conclut que depuis longtemps le fœtus avait quitté la cavité ovulaire, et qu'il s'était développé hors des membranes.

En 1899, Maygrier observe un cas identique ; le Dr Glaize étudie alors la question et se sert du terme que tous emploient depuis pour désigner ce cas pathologique. Il donne une étiologie et expose une pathogénie qu'admettent depuis tous les auteurs, du moins dans les grandes lignes.

De nouveaux et nombreux faits sont recueillis ensuite et publiés en 1903 par le Dr Maroger et, en 1912, par Mlle Tourrier, de Montpellier.

Symptomatologie

La grossesse extra-membraneuse n'a aucun symptôme qui permette d'affirmer le diagnostic avant l'accouchement ; il y a bien une série de symptômes assez caractéristiques pour qu'elle soit soupçonnée,

mais c'est l'examen seul de l'arrière-faix qui peut faire poser le diagnostic d'une façon nette.

Au cours d'une grossesse normale, brusquement, avec ou sans cause, une femme a une perte de liquide ; cette perte est parfois précédée ou accompagnée d'une hémorragie. Le liquide est tantôt clair, tantôt plus ou moins teinté. Ce début n'a été accompagné d'aucun autre phénomène ; la femme n'a éprouvé aucun malaise, n'a ressenti aucune douleur. L'écoulement se reproduit tous les jours et est parfois très abondant. Les trois principaux caractères de cet écoulement sont : sa fréquence, son abondance, sa coloration plus ou moins marquée. Ajoutons à cela qu'il ne présente aucune mauvaise odeur ; il a l'odeur fade du liquide amniotique.

Le palper pourra fournir des renseignements utiles ; l'utérus est moins développé que normalement par rapport à l'âge de la grossesse ; il est dur, tendu, fortement appliqué sur les parties fœtales, et, dans le cas de présentation du siège (et c'est le plus fréquent) on ne perçoit pas le ballottement du pôle céphalique.

Le toucher, dans certains cas (cas de Dubrisay), permet d'affirmer la grossesse extra-membraneuse, si on arrive directement sur une partie fœtale sans interposition des membranes.

La petite manœuvre indiquée par M. Bonnaire pour faire écouler le liquide amniotique dans la main en pratiquant le toucher, permettra la recherche de l'enduit sébacé et des autres éléments caractéris-

tiques du liquide amniotique, ce qui autorisera à affirmer l'hydrorrhée amniotique.

Tous ces signes peuvent, à la vérité, faire penser à une grossesse extra-membraneuse, mais y faire penser seulement. Encore faut-il bien différencier cet écoulement de liquide amniotique de l'hydrorrhée déciduale. Les caractères différentiels de ces deux écoulements se trouvent dans tous les traités d'obstétrique ; qu'il nous suffise de noter que l'écoulement de l'hydrorrhée déciduale est intermittent ; il est, de plus, accompagné de douleurs utérines dues à ce que le liquide sécrété par la muqueuse peut séjourner dans l'utérus et le distendre partiellement avant de s'écouler au dehors.

C'est, avons-nous dit, l'examen de l'arrière-faix qui permettra d'affirmer ce qu'on n'a fait que soupçonner, car il nous donne un signe de certitude.

Ce qui attire, tout d'abord, l'attention, c'est la margination du placenta ; toutes les observations mentionnent cette margination. Mais, encore qu'elle soit constante, elle ne saurait donner un signe de certitude. Ce signe, presque pathognomonique, découle de l'examen des membranes mêmes. Celles-ci sont, en effet, caractéristiques ; elles forment une petite poche à la base du cordon. L'observateur est aussitôt frappé par la différence qui existe entre le volume du fœtus et la contenance de la poche amniotique, entre les diamètres de la tête fœtale et les diamètres de l'ouverture de la poche membraneuse. Il est d'ailleurs facile, le plus souvent, de mesurer

et le volume du fœtus et la contenance de la poche et d'avoir ainsi la preuve mathématique de l'impossibilité matérielle pour le fœtus d'entrer dans la poche membraneuse.

Il faut noter que cette poche ne peut être prise pour des membranes incomplètes, car elle est souvent presque fermée, ayant un orifice petit, non déchiqueté ; de plus les bords de l'ouverture présentent un épaississement, un bourrelet, au niveau duquel il est impossible de séparer l'amnios du chorion ; il y a, à ce niveau, adhérence complète des deux membranes ; l'examen microscopique prouve que cette adhérence est due à un tissu cicatriciel, démontrant ainsi que la déchirure des membranes est de beaucoup antérieure à l'accouchement.

Tels sont les symptômes de la grossesse extra-membraneuse : symptômes de probabilité avant l'accouchement, symptômes de certitude après l'examen de l'arrière-faix.

Pronostic

Pour la mère, le pronostic est favorable. L'écoulement presque continu, le traitement antiseptique empêchent l'infection ascendante de la cavité ovulaire ouverte. Mais le travail, par suite de l'absence de la poche des eaux, peut être long et pénible.

Pour l'enfant, au contraire, le pronostic est très grave ; dans la plupart des cas les enfants ne sont

pas viables parce que l'accouchement se fait par trop loin du terme ; si l'enfant naît viable, il ne tarde pas à mourir, car pendant son séjour hors des membranes il a été soumis aux compressions directes de l'organe gestateur et en a souffert ; de plus, l'absence de liquide amniotique le dispose aux malformations habituelles provoquées par l'oligo-amnios. Si par hasard l'enfant vit (cas de Dubrisay) il reste faible et chétif.

La conduite à tenir est facile ; il faudra tout d'abord maintenir la femme au lit, s'abstenir de palper et de toucher. On fera des injections antiseptiques fréquentes. On surveillera la régularité des évacuations et on donnera des lavements laudanisés si des contractions douloureuses apparaissent. L'enfant né vivant réclamera plus que tout autre les soins spéciaux des prématurés et des débiles.

Pathogénie de la grossesse extra-membraneuse

Cette question est particulièrement intéressante ; elle se posa dès la première observation de Tarnier et dès ce moment-là les auteurs eurent des vues différentes sur la pathogénie des grossesses extra-membraneuses. A vrai dire, ces divergences de vues ne furent que momentanées, car tous se rallièrent à l'explication que donna Tarnier lui-même.

L'histoire de cette observation mérite d'être rapportée :

Femme H. P..., âgée de trente-quatre ans, multipare, ayant eu trois accouchements antérieurs, deux à terme, le troisième à huit mois. Dans les antécédents on ne relève qu'une rougeole à dix ans, la variole à quatorze ans. La menstruation s'est établie à seize ans. La santé est habituellement bonne.

Grossesse actuelle (la quatrième). — Les dernières règles datent du 6 au 10 juin 1894. Le début de la grossesse a été marqué par des vomissements, de la céphalalgie, des névralgies dentaires ; rien de bien particulier en somme jusqu'au 6 novembre.

Ce jour-là, la femme qui était alors enceinte de moins de cinq mois s'enfonce dans le ventre une épingle à chapeau.

Voici comment l'accident s'est produit : pour repousser son lit, la femme fit effort en appuyant son ventre sur le bord du lit ; une épingle longue de 12 centimètres et sans tête était placée dans le matelas. Au moment de la poussée, la femme se sentit blessée et se rendit compte que l'aiguille avait pénétré dans l'abdomen. Elle fut conduite dans le service du professeur Tillaux. Là, M. Thierry, chef de clinique, fit une incision au niveau de la piqûre et retira l'épingle qui avait complètement disparu dans le ventre mais que l'on sentait à la palpation.

La malade se rétablit bien et sortit de l'hôpital. Le 18 novembre, elle perdit une certaine quantité d'eau et supposa qu'elle allait avorter : il n'en fut rien.

Le 7 décembre, sans cause apparente, survint une perte de sang par les organes génitaux, perte légère,

mais qui continua pendant plusieurs jours et décida la malade à entrer à Michelet d'abord, puis à la clinique d'accouchement de la rue d'Assas où elle arriva le 22 janvier 1895.

A l'examen direct on constate alors les particularités suivantes :

L'état général est bon : il n'y a pas de fièvre ; localement on trouve une petite cicatrice sur le côté gauche du ventre, un peu au-dessous de la ligne ombilicale.

Le fond de l'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

L'enfant vivant se présente par le sommet en O. I. D. T. ; le col est long, un peu déchiré, le bassin légèrement retréci. P s p., 11 cm. 4.

Les symptômes reconnus, pertes d'eau et pertes sanguines presque continuelles, mais peu abondantes, font faire le diagnostic d'endométrite gravidique, endométrite peut-être d'origine traumatico-septique, si l'épingle a traversé la paroi utérine.

Les choses restent dans le même état jusqu'au 30 janvier. Ce jour-là, à 6 h. 1/2 du soir, la femme éprouve des douleurs utérines. Le travail marche lentement, la dilatation est complète le 31 janvier, à 7 heures du soir. On ne note pas de poche des eaux, ni d'écoulement de liquide amniotique pendant le travail.

L'enfant est expulsé spontanément à 7 h. 1/2 du soir. Derrière le fœtus s'écoule une certaine quantité de liquide fétide.

L'enfant dégagé en O P, est vivant, mais faible. Le périnée est intact.

Après la naissance de l'enfant, l'utérus reste mou ; la femme perd du sang très liquide. L'hémorragie continuant, et l'utérus restant mou, la sage-femme de service fait la délivrance artificielle. Elle trouve le placenta adhérent encore par les trois quarts de sa surface et attaché sur la paroi antérieure gauche de l'utérus.

Le décollement est facile. Mais la sage-femme s'aperçoit qu'au niveau de l'insertion placentaire, en un point particulier, la paroi utérine paraît très mince. Elle semble même se creuser d'une dépression cupuliforme sur une étendue large comme la pulpe du doigt. Tout cela du côté gauche, c'est-à-dire du même côté que celui où a pénétré l'épingle. La quantité de sang perdu et pesé a été de 750 grammes.

Les suites de couche furent apyrétiques et la femme sortit de la clinique en bon état le 10 février.

Son enfant mourait quatre heures après sa naissance, de faiblesse congénitale ; il pesait 1.120 grammes et ne présentait aucune trace de piqûre à la surface de la peau. Il était long de 36 centimètres, la grande circonférence de la tête mesurait 25 centimètres. Les diamètres étaient les suivants :

OM = 8,9 SOB = 7,4 OF = 8,7

BP = 6,5 BT = 6,2

Il portait une bosse séro-sanguine de moyen volume sur l'occipital.

Le placenta pesait 260 grammes ; c'est un disque très aplati ayant comme diamètres principaux 15 centimètres sur 12. Sa face fœtale présente une disposition très curieuse des membranes.

L'orifice par lequel s'échappe le cordon long de 48 centimètres et qui a laissé passer le fœtus est très petit ; il a exactement 35 millimètres de diamètre, soit le diamètre d'une pièce de 5 francs en argent. Le bord de cet orifice est assez résistant comme la poche membraneuse elle-même. Celle-ci forme un petit sac dont le pourtour d'attache à la face fœtale du placenta est circonscrit de toutes parts par une bande de tissu placentaire large partout de deux ou trois travers de doigt ; c'est-à-dire que sur cette étendue, depuis le bord placentaire jusqu'à l'attache du sac membraneux, les membranes semblent adhérer à la surface fœtale du placenta, pour ne devenir flottantes qu'à partir du pourtour d'attache déjà décrit.

La poche est constituée par les trois membranes. En la soulevant on la remplit avec 210 centimètres cubes d'eau, tandis que le fœtus plongé dans un bocal gradué et rempli d'eau, en déplace 980 centimètres cubes ; soit une différence de 770 centimètres cubes.

La poche membraneuse a comme diamètres maxima, mesurés au niveau du pourtour d'attache apparente, 7 centimètres sur 6 et une hauteur maxima de 18 à 20 millimètres.

Le fœtus et le placenta ont été moulés et photographiés.

Telle est l'observation du premier cas de grossesse extra-membraneuse. Tarnier discuta avec MM. Bar et Maygrier les questions suivantes :

1° Comment un fœtus pesant 1.120 grammes et dont la tête a 25 centimètres de circonférence et 62 millimètres dans son plus petit diamètre, a-t-il pu sortir par un orifice de 35 millimètres de diamètre maximum ;

2° Ce fœtus pouvait-il contenir dans le sac membraneux ?

3° Pourquoi les membranes ne s'insèrent-elles pas sur le bord du placenta ?

M. Bar proposa l'explication suivante : l'œuf aurait été ouvert mécaniquement par la pointe de l'aiguille ; le fœtus serait sorti en agrandissant cette ouverture et aurait continué à vivre et à se développer dans la cavité utérine en dehors des membranes. Naturellement la poche membraneuse n'aurait pas continué à se développer.

Tarnier émettait une théorie différente : pour lui, la pointe de l'aiguille, septique, aurait déterminé une endométrite et sous l'influence de l'endométrite les membranes se seraient rompues ; il est possible cependant, ajoute-t-il, que cette ouverture ait été causée traumatiquement par la pénétration de la pointe dans la cavité utérine, où elle aurait atteint les membranes.

Depuis l'époque de cette discussion le nombre des observations de grossesses extra-membraneuses a considérablement augmenté. Ces observations ont

été réunies, et ont servi de point de départ des thèses de MM. les Drs Glaize et Maroger, à Paris, et de Mlle Tourrier, à Montpellier. Ces trois auteurs se rallient nettement à l'opinion de Tarnier sur la cause de la grossesse extra-membraneuse ; pour eux, c'est l'endométrite qui est la cause initiale et toutes leurs observations tendent à le prouver ; mais s'entendant sur ce point commun, ils se séparent ensuite, du moins Mlle Tourrier se sépare de MM. Glaize et Maroger.

Voici en effet comment le Dr Glaize (et après lui le Dr Maroger) explique la grossesse extra-membraneuse : la cause initiale est l'endométrite déciduale ; cette endométrite a comme première conséquence la margination du placenta ; la diminution de l'aire choriale qui résulte de la margination du placenta détermine un amoindrissement de volume de la poche ovulaire qui finit par se rompre. Le fœtus sort des membranes par cet orifice ; les membranes dès lors se rétractent et au niveau de la rupture se forme un processus de cicatrisation.

Pour Mlle Tourrier, la margination du placenta n'est pas la cause de la rupture de la poche ovulaire ; elle est la conséquence de cette rupture. « L'endométrite déciduale amène une altération du chorion et de l'amnios et rend ces membranes plus friables, moins élastiques, et, facilement sous l'influence du moindre traumatisme ou de l'ampliation du segment inférieur, provoque leur rupture. » Cette rupture faite, le retrait des membranes se fait suivant le

mécanisme étudié par M. Bar. Et c'est cette rupture qui provoque la margination du placenta : « le liquide écoulé, les membranes ne sont plus tendues ; elles se rétractent et s'affaissent vers l'intérieur de l'œuf ; elles sont déviées dans leur ensemble vers le centre ovulaire ; cette déviation centripète est la cause d'une diminution et d'une insuffisance de l'aire choriale ; et, à ce moment, une raison d'ordre physiologique préside à la formation de la marge placentaire. »

Cette explication de la margination du placenta est séduisante, encore qu'elle soit à contrôler ; cependant elle ne nous semble pas être une vue de l'esprit ; elle répond à des faits certains. En effet, dans le nombre des observations de grossesses extra-membraneuses, nous en relevons une au moins (celle de Nolle, publiée dans *l'Obstétrique* en 1910) dont la rupture de la poche fut due à un traumatisme criminel avoué ; et le placenta était marginé. Nous-même nous apportons trois observations analogues à celle de Nolle et dans ces 3 cas le placenta était marginé.

Pourquoi maintenant le fœtus n'est-il pas expulsé comme d'habitude après la rupture de l'œuf ? Comme pour beaucoup d'autres faits inexpliqués, on met ce phénomène sur le compte d'une tolérance particulière de l'utérus de certains individus.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Voici 5 nouveaux cas de grossesse extra-membraneuse.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance du Dr Boquel.)

Mme X..., jeune personne de vingt-cinq ans environ, demeurant à Angers, me fait appeler le 21 décembre 1899 pour des pertes et une hémorragie relativement considérables qu'elle a depuis la veille et qui alarment vivement son entourage.

Les symptômes d'une hémorragie assez abondante, d'origine utérine, apparaissent nettement et il n'est pas difficile de préciser les conditions de son apparition. Il s'agit d'un avortement, dont la provocation est avouée aussitôt, ayant mis terme à une grossesse de deux mois à deux mois et demi. La malade est transportée à la clinique et un curettage triomphe des accidents ; aucune suite notable.

Cet avortement était le premier, ou plutôt vraisemblablement le second ; c'était l'œuvre d'une personne patentée et exerçant ostensiblement cette fonction. La jeune personne ne crut pas, malgré les accidents, devoir renoncer à ces pratiques, mais il lui parut qu'il était préférable de se confier à soi qu'aux autres.

C'est ainsi que j'appris d'elle, ultérieurement, que en 1900 et peut-être aussi en 1901, elle se fit avorter elle-même sans suites fâcheuses.

Mais entre temps, survint dans sa vie un espoir de changement, et pour mettre tous les atouts dans son jeu, elle crut devoir, étant devenue enceinte de nouveau, laisser aller à bien sa grossesse, ce qui se fit sans aucune difficulté, ayant eu peut-être seulement quelques vagues pertes au début des premiers mois.

L'enfant naquit par le siège ; il pesait 5 liv. 1/2. La durée du travail fut normale ; il n'y eut aucun accident particulier en dehors de la nécessité de pratiquer une manœuvre de Mauriceau peut-être un peu pénible en raison de la tonicité du périnée.

La délivrance ne présentait aucune particularité. Les suites furent normales.

La malade se rétablit très bien, mais elle jugea qu'un enfant, c'était assez, le résultat souhaité ayant été obtenu par ailleurs.

En 1903 elle recommença lors d'une nouvelle grossesse à se faire avorter : aucune suite fâcheuse.

En 1904 il n'en fut pas de même ; ayant employé son procédé habituel, l'introduction d'une canule à lavement dans le canal cervico-utérin, ce qui lui était facilité par la situation

très basse de cet utérus, la tentative d'avortement échoua. Les dernières règles étaient venues à la date du 15 février ; elle fit sa tentative les premiers jours d'avril ; il n'y eut aucune autre suite que des coliques violentes.

Elle crut n'être pas enceinte ; mais ne voyant pas ses règles revenir elle recommença sa tentative vers le début de juin ; à la suite de cette manœuvre elle eut un écoulement sanguin pendant trois jours. Mais aucun corps étranger ne fut expulsé et l'écoulement continua formé d'un liquide blanchâtre ou plus exactement mi-sang mi-jaunâtre ; des coliques survenaient de temps en temps et notamment à la suite de rapports sexuels qui continuaient.

C'est à ce moment-là, 21 juin 1904, que je vis la malade très ennuyée de son état, éprouvant un malaise général, des douleurs dans les aines et les jambes ; mais, en somme, mal en train plutôt que malade.

L'examen de l'utérus montre qu'il s'agissait d'un utérus de quatre mois, à quatre mois et demi ; le col est ramolli, un peu déchiqueté, développé surtout aux dépens de la corne utérine gauche, au point qu'au premier abord je pensai à une grossesse extra-utérine ; diagnostic vite abandonné d'ailleurs en l'absence de douleurs, de phénomènes réactionnels du côté du péritoine et après un examen plus approfondi.

Les seins étaient le siège de picotements, mais ne contenaient pas de lait. L'enfant était vivant.

Je conseillai à la malade le repos complet et lui montrai quels inconvénients graves pouvaient résulter pour elle de pratiques semblables. Je crois qu'elle ne fit plus aucune tentative.

La grossesse continua toujours avec cet écoulement mi-sang

mi-eau ; je revis la femme le 29 juillet, avant de partir en vacances ; à part l'écoulement, rien d'anormal dans son état.

Elle accoucha en août d'un enfant de six mois environ, bien conformé, mais qui ne vécut pas. La délivrance présentait, aux dires du médecin qui l'assistait et à qui j'avais recommandé l'examen du délivre, indiquant les points particuliers à noter au cas où il ne pourrait le conserver, tous les caractères du placenta de grossesse extra-membraneuse. Il était marginé ; le cordon sortait de la poche ovulaire par un orifice très étroit, présentant un bourrelet sur les bords ; le médecin ne mesura pas la contenance de la poche, ni le volume du fœtus ; il lui parut évident que le fœtus n'était en aucune façon capable d'entrer dans cette poche membraneuse, tant à cause de l'étroitesse de l'ouverture de celle-ci que de la grosseur du fœtus lui-même.

Je revis ultérieurement la dame en très bonne santé, mais ne sais plus rien de son histoire médicale, s'il y en a une.

Remarques. — A n'en pas douter, on est en présence d'une grossesse extra-membraneuse. Plusieurs particularités ne manquent pas de nous frapper dans cette observation.

La femme X... est une habituée des avortements et cela de son propre aveu. Après quelques avortements, elle veut un enfant : elle l'a, bien constitué, sans accident ; la délivrance est normale. Après cet accouchement vient une nouvelle grossesse qui la gêne et elle recommence ses pratiques.

Résultat : écoulement séro-sanguinolent le lendemain de l'introduction de la canule dans l'utérus ; trois

mois après elle accouche d'un enfant de six mois environ.

Devant ces faits, nous sommes forcé d'admettre que la rupture de la poche membraneuse est due au traumatisme et non à une endométrite.

Notons, fait très important, que le placenta est marginé.

OBSERVATION II

(Prise à la Maternité d'Angers.)
(Service du Dr Boquel.)

Marie P..., trente-quatre ans, V-pare, entre à la Maternité d'Angers le 14 octobre 1905 parce qu'elle a des pertes.

Les dernières règles ont eu lieu du 3 au 7 avril 1905. Cette femme ne présente aucun antécédent pathologique ; dans les antécédents obstétricaux, nous notons quatre grossesses normales ; les enfants sont vivants et bien constitués.

Un mois après le commencement de la grossesse, elle a eu des pertes, d'abord espacées, puis de plus en plus rapprochées, puis continues. Ces pertes sont séro-sanguinolentes ; parfois elles ne sont pas du tout teintées de sang. Tout d'abord, elles sont peu abondantes ; mais le 14 octobre effrayée par une perte plus importante, elle se décide à entrer à l'hôpital. Depuis sa rentrée à l'hôpital, jusqu'au 1er novembre, elle perd moins. Le 1er novembre perte assez abondante de liquide séro-sanguinolent. Le 8 novembre à 7 heures du soir, la femme ressent des coliques légères qui deviennent de plus

en plus fortes. Elle entre à la salle de travail le 9 novembre à une heure et demie.

La dilatation est égale à la surface d'une pièce de un franc. On ne trouve pas de poche des eaux. L'engagement est fait.

A trois heures trente minutes, la femme expulse spontanément un fœtus qui jette quelques petits cris. La délivrance se fait par expression, trente minutes après l'accouchement.

Le fœtus, du sexe féminin, meurt quelques instants après l'accouchement ; il pèse 1 kgr. 370.

La longueur totale est de 38 centimètres.

Diamètres de la tête :

OM = 10 cent.	OF = 8 cent.
SOB = 7 cent.	SOF = 10 cent.
BiP = 6 cent. 1/2	BiT = 5 cent.
SMB = 7	

La circonférence de la tête est de 26 centimètres.

Le placenta est de forme ronde ; il pèse 400 grammes. L'insertion du cordon est centrale, de 0 m. 65 de longueur, le cordon est friable et de la dimension d'une sonde en gomme.

Ce qui attire d'abord l'attention dans ce placenta, c'est qu'il est marginé ; puis on remarque que la déchirure des membranes est petite. Voici les mensurations du placenta :

Diamètre de la surface utérine du placenta = 13 à 15 centimètres.

Diamètre de la surface fœtale 7 à 8 centimètres.

Espace marginal placentaire dépassant les membranes 3 à 4 cm. 1/2.

Hauteur des membranes du point d'insertion à la déchirure :

1° Grand côté : 5 centimètres.

2° Petit côté : 1 cm. 1/2.

Longueur de la déchirure (les lèvres accolées) : 7 centimètres.

Si donc on compare les diamètres de la tête fœtale et les dimensions de la déchirure des membranes, on ne peut que conclure à une grossesse extra-membraneuse.

Remarques. — Dans cette observation, nous ne notons aucun traumatisme, du moins avoué, comme cause de l'écoulement. Cet écoulement débute à une époque très rapprochée du début de la grossesse ; cinq semaines après le début des dernières règles. La femme P... a eu quatre grossesses normales conduites à terme avec accouchements normaux d'enfants encore vivants. Entre sa quatrième grossesse et cette dernière, elle n'a présenté aucun trouble. Le placenta est marginé.

OBSERVATION III

(Prise à la Maternité d'Angers, service du Dr Boquel.)

Mme B..., vingt-sept ans, II-pare, entre à la Maternité le 31 mai 1912, parce qu'elle a des pertes.

Dans ses antécédents pathologiques, on ne relève qu'une rougeole à l'âge de cinq ans ; pas d'autre maladie. Elle a été mariée à l'âge de vingt et un ans et demi ; elle a un enfant vivant.

Première grossesse. — A vingt et un ans et demi, ce fut une grossesse normale ne présentant ni hydrorrhée, ni hémorragie. L'accouchement fut normal ; présentation du sommet. Le travail dura douze heures. L'enfant est bien portant.

Depuis son premier accouchement, la femme B... s'est toujours bien portée ; les règles sont régulières. Elle n'eut aucune maladie entre les deux grossesses.

Deuxième grossesse. — La disparition des règles date du 28 décembre 1911. Le début de la grossesse fut marqué par des vomissements, de l'anorexie, de la céphalée, de la sialorrhée.

Au début du mois de mars, au troisième mois environ de sa grossesse, la malade eut une perte d'eau et de sang qui dura un jour. Elle s'alita pendant dix jours et les pertes cessèrent ; elle se leva alors et des pertes sanguines et séro-sanguinolentes réapparurent de nouveau ; elles se présentaient plusieurs fois par jour et duraient deux ou trois heures, sans arrêt. La malade se recoucha donc. Là-dessus, des coliques survinrent et la malade crut qu'elle allait accoucher, vers le 15 mars.

Mais ce ne fut qu'une fausse alerte qui, d'ailleurs, apparut de nouveau dans le courant d'avril. La malade reste tout le temps au lit, car les pertes ont lieu aussitôt qu'elle se lève.

Le 20 mai, elle sentit des mouvements actifs du fœtus, très bas dans le ventre. Le 29 mai et dans la nuit du 29 au 30 elle ressentit des coliques accompagnées de pertes de sang et d'eau.

Elle accoucha le 1er juin à 5 h. 1/2 du matin.

L'accouchement fut normal ; le fœtus se présenta par le sommet et vécut pendant deux heures.

La malade, après l'accouchement, saigna en assez grande abondance ; la délivrance artificielle qu'on fit fut assez difficile ; le col était en effet rétracté et large comme une petite paume de main ; le placenta assez adhérent au fond de l'utérus était difficile à saisir ; il vint cependant en entier. On fit un lavage intra-utérin à l'eau iodée et un tamponnement iodé. Température 37°4. Pouls : 84.

L'enfant a une longueur de 30 centimètres et est normalement constitué.

Le placenta attire aussitôt l'attention ; on voit une cavité très petite en avant ; les membranes sont minces ; le bord de l'ouverture des membranes est induré et comme cicatrisé. Cette cavité a une contenance de 160 centimètres cubes et ne peut en aucune façon contenir la tête seule du fœtus. Le cordon a une longueur de 35 centimètres.

De plus le placenta est marginé.

Remarques. — La disparition des règles a lieu le 28 décembre 1911 et la première perte d'eau au début de mars, par conséquent vers le troisième mois de la grossesse. A noter que cette femme n'a eu qu'une grossesse qui a été normale de bout en bout ; l'enfant est bien portant. Entre les deux grossesses elle n'a présenté aucun trouble, ni aucun écoulement utérin.

OBSERVATION IV

(Prise à la Maternité d'Angers, service du Dr Boquel.)

Le 20 août 1912, Marie H..., trente-six ans, IV-pare, entre à la Maternité parce qu'elle a des pertes.

Dans ses antécédents héréditaires on note que son père est mort à soixante-quinze ans d'hémorragie cérébrale et que sa mère est morte au même âge de congestion pulmonaire.

Ses antécédents personnels ne donnent aucune indication, la femme H... n'ayant jamais été malade. Elle a marché à quatorze mois et fut réglée à treize ans, régulièrement depuis.

Elle a déjà trois enfants ; à vingt ans, elle accoucha d'une fille bien constituée après un accouchement normal ; à vingt-deux ans, nouvel accouchement normal, ainsi qu'à vingt-quatre ans. Ces trois enfants sont vivants et bien portants.

Ses dernières règles datent du 4 février 1912. Le début de sa grossesse fut marqué par des maux d'estomac.

Vers le deuxième mois de sa grossesse, la malade est allée voir une sage-femme, Mme M..., fort connue à Angers pour sa réputation d'avorteuse de profession ; depuis ce temps-là, elle a des pertes d'eau quotidiennes. Le liquide perdu a l'apparence du liquide amniotique. Vers le début d'août, elle perd du sang en grande quantité. Le repos et les injections chaudes ne peuvent les arrêter. Une sage-femme (une autre) l'envoie à l'hôpital où elle rentre le 20 août.

L'utérus remonte un peu au-dessus de l'ombilic ; il est contracté et douloureux au palper. Au toucher, le col est ouvert ;

le sommet fœtal appuie sur le segment inférieur très mince. La grossesse semble dépasser six mois.

A l'hôpital, on constate des pertes tantôt sanglantes, tantôt sanguinolentes.

Du 25 au 27 août, la malade eut des pertes de sang abondantes, avec expulsion de caillots ; en même temps et à deux reprises, elle ressentit des coliques. Elle n'a pas de température ; le pouls ne dépasse pas 100 ; il semble que l'accouchement est imminent ; on décide d'attendre.

Le 27, elle expulse un enfant vivant de 1.255 grammes. On le ranime assez facilement ; il est bien constitué, mais il reste cyanosé et il meurt vingt-quatre heures après.

Le placenta pèse 300 grammes ; les membranes sont presque égales sur le pourtour de leur insertion, sur le placenta (8/10) éliminant l'idée de placenta prævia.

Le placenta est marginé.

La poche membraneuse est manifestement trop petite pour contenir le fœtus expulsé. On se trouve donc en présence d'une grossesse extra-membraneuse due, semble-t-il, à une rupture provoquée de la poche des eaux au deuxième mois, et qui a évolué jusqu'à près de sept mois.

Fœtus du sexe masculin : poids 1.255 grammes.

Longueur totale : 39 centimètres.

Circonférence de la tête : 25 centimètres.

Remarques. — Dans cette observation, nous notons des manœuvres abortives pratiquées par la personne patentée, qui n'est autre que celle qui initia Mme X..., dont nous rapportons l'histoire dans l'observation I ; donc, point de doute à cet égard. Le

lendemain des manœuvres abortives survient la première perte d'eau.

OBSERVATION V

(Prise à la Maternité d'Angers, service du Dr Boquel.)

Éléonore B..., trente-six ans, VIII-pare, ménagère, entre à la Maternité le 12 avril 1913, parce qu'elle perd depuis un mois, au cours d'une grossesse, un liquide rosé et fétide.

On ne note rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires.

Dans les antécédents personnels, on note que la malade a marché à un an, qu'elle a été réglée à dix ans et que depuis ce temps-là les règles ont toujours été régulières, non douloureuses et d'une durée d'environ cinq jours.

Dans les antécédents personnels pathologiques, on note la promiscuité de couche avec une sœur bacillaire, de la toux tous les hivers, une bronchite dans la première enfance et une broncho-pneumonie, il y a quatre ans, ayant nécessité un séjour à l'hôpital.

Dans les antécédents obstétricaux, nous notons sept grossesses à terme ; tous les accouchements ont été normaux, sans particularités dans le délivre. La plupart des enfants ont été élevés au sein maternel. Trois parmi eux sont morts, mais ont atteint un certain âge.

Les règles de la malade, revenues six semaines après son dernier accouchement, étaient régulières. La malade n'avait ni leucorrhée, ni douleurs.

La date de ses dernières règles est du 24 au 30 novembre 1912. L'apparition des mouvements actifs eut lieu dans les premiers jours d'avril. L'âge de la grossesse est estimé à environ cinq mois. L'utérus remonte jusqu'à l'ombilic.

Voici ce que nous révèle l'interrogatoire de la malade :

Pendant les premiers mois de la grossesse, elle était très bien portante, n'ayant ni douleurs, ni leucorrhée. Dans les premiers jours de mars, la malade (d'après ce qu'elle prétend avec force circonlocutions et beaucoup de gêne) « tombe sur un piquet ». Elle ne veut pas s'étendre sur la nature de ce piquet. Le soir même, une hémorragie assez abondante se produit, prolongée durant quelque temps par des pertes rosées. Elle n'a pas remarqué l'expulsion de caillots. Elle perd toujours un peu durant le mois qui suit. Il y a quinze jours (derniers jours de mars), la malade « tombe de nouveau sur un piquet ». Elle perd encore, le soir même, beaucoup de liquide rosé. Néanmoins, elle fait son ménage coutumier. Cinq jours après; un peu de température survient : 39 degrés. Le liquide qui s'écoule toujours devient plus abondant ; aussi la malade se repose et l'écoulement est réduit à presque rien. Elle n'a jamais souffert. Un médecin lui conseille des injections vaginales, chaudes et le repos absolu au lit.

C'est dans ces conditions qu'elle entre à l'hôpital, le 12 avril 1913. Le jour de son arrivée, elle perd quelques petits caillots. Le liquide qui s'écoule du vagin, en petite quantité, est jaune rosé, non odorant.

A l'examen, le facies est coloré ; on note des varices des membres inférieurs; pas d'œdème. Cœur normal. Appareil pulmonaire quelque peu atteint; l'examen de cet appareil montre une légère atteinte de bacillose.

L'utérus remonte jusqu'à l'ombilic; le col est fermé, mou, peu mobile, porté en arrière. A l'auscultation, on ne perçoit pas les bruits du cœur fœtal.

Durant son séjour à l'hôpital, jusqu'au 4 mai, la malade se plaint de temps en temps de coliques, la température ne dépasse pas 37 degrés. Elle perd chaque jour une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent.

Le 2 et 3 mai, les douleurs et l'écoulement augmentent ; on fait des injections vaginales d'eau bouillie très chaude.

Les 4 mai, l'écoulement persiste pendant toute la journée. Vers 7 heures du soir, la malade se plaint de coliques plus fréquentes dans le ventre et dans les reins. Ces douleurs durent jusqu'à 2 heures du matin.

A cette heure, elle expulse un enfant du sexe masculin qui respire durant quelques minutes. Son poids est de 600 gr. La délivrance se fait dix minutes après l'accouchement. On fait une injection d'eau iodée et un pansement vulvaire.

Le fœtus pèse 600 grammes, il a 31 centimètres de longueur, la circonférence de la tête est de 21 centimètres.

Le placenta est marginé ; la largeur de la marge est à peu près régulièrement de 3 centimètres sur tout le pourtour.

La poche formée par les membranes a, dans sa plus grande largeur, c'est-à-dire au niveau de l'insertion des membranes au placenta, environ 8 centimètres. Toute la poche est de dimensions restreintes, manifestement en désaccord avec le volume du fœtus ; l'ouverture des membranes présente un

bourrelet cicatriciel ; cette ouverture est d'environ 6 centimètres, les lèvres accolées. On ne peut mesurer le volume de la poche, car les membranes sont déchirées par endroits.

La malade reste à l'hôpital jusqu'au 10 mai ; pendant son séjour, on ne constate point d'élévation de température, ni du pouls.

Elle sort le 10 mai, en bon état.

Remarques. — Cette femme a eu sept grossesses normales, venues à terme sans accident ; elle a accouché de sept enfants vivants. Elle n'a, en aucun moment, présenté de troubles utérins ou annexiels.

Il est un fait sur lequel nous n'avons aucun doute : c'est l'existence d'un traumatisme. Nous avons rapporté fidèlement l'observation prise au lit de la malade ; son air mystérieux, l'obstination têtue avec laquelle elle se refusait à entrer dans les détails de ses deux « chutes sur un piquet », nous faisaient fortement soupçonner le traumatisme voulu, ayant pour but de provoquer l'avortement. M. le chef de clinique de la Maternité a levé les doutes qui pouvaient, malgré tout, nous rester, et les a transformés en une certitude absolue. Ce traumatisme aurait eu lieu vers le milieu de mars, c'est-à-dire vers le troisième mois de la grossesse, les dernières règles étant du 24 au 30 novembre.

Le placenta, notons-le, était marginé.

Résumé

Voilà donc 5 nouveaux cas de grossesses extra-membraneuses à ajouter à la liste déja longue d'observations analogues. Trois de ces cas sont particulièrement intéressants, car ils ont à leur origine, et cela sans aucun doute possible, un traumatisme voulu, une ponction de l'œuf.

Dans le cas de Tarnier, le doute était permis, non sur l'existence du traumatisme, mais sur ses conséquences. L'œuf avait-il été ouvert par le traumatisme ? La rupture des membranes était-elle consécutive à une endométrite provoquée par le traumatisme ? L'une et l'autre chose pouvait se soutenir. Mais l'écoulement du liquide amniotique n'avait pas suivi immédiatement le traumatisme, et c'est là la grande raison que donnaient, pour soutenir leur théorie, les partisans de la pathogénie invoquée par Tarnier. Mais, dans les observations que nous citons, le liquide amniotique s'est écoulé, au plus tard, le lendemain de la ponction de l'œuf, ce qui, à coup sûr, élimine l'idée d'endométrite et nous permet d'affirmer que la rupture de la poche membraneuse est bien due au traumatisme.

Une deuxième remarque ne manque pas de nous trapper : c'est que, même dans ces 3 cas qui ont un traumatisme à leur origine, le placenta est marginé. La margination du placenta serait-elle donc une

conséquence de la rupture de l'œuf au lieu d'en être la cause ?

Enfin, et cette dernière remarque s'applique non seulement aux cas présentés par nous, mais encore à tous les cas connus jusqu'à ce jour, le premier écoulement de liquide amniotique a lieu toujours pendant ou avant le cinquième mois de la grossesse.

Nous nous permettons d'insister particulièrement sur ces trois points qui ont leur importance pour expliquer la pathogénie que nous proposons des grossesses extra-membraneuses.

CHAPITRE IV

ESSAI DE PATHOGÉNIE

Notions anatomiques

Quelques mots préliminaires sur l'anatomie de l'œuf avant le cinquième mois sont nécessaires.

Après les recherches de Coste et de Robin, il est tout à fait admis maintenant que la caduque n'est autre chose que la muqueuse utérine elle-même. Sous l'influence de la menstruation et peut-être de la fécondation, la muqueuse utérine se congestionne, devient turgescente et forme des replis ; c'est au niveau de l'un d'eux, qu'arrivant de la trompe, vient se loger l'ovule fécondé, qui produit sur la muqueuse l'effet d'un pois à cautère sur la peau. La muqueuse bourgeonne au point d'envelopper bientôt l'œuf tout entier. Cette partie de la muqueuse qui se trouve ainsi sur l'œuf est la « caduque ovulaire », celle qu'on appelait autrefois la caduque réfléchie. La partie de la caduque modifiée qui se trouve entre l'œuf et la paroi utérine s'appelle la caduque inter-utéro-placentaire ; quant au reste de la muqueuse qui tapisse la cavité utérine,

c'est la caduque utérine proprement dite, appelée aussi caduque pariétale : c'est l'ancienne caduque directe. Ces trois parties de la caduque forment un tout continu.

Entre la caduque pariétale et la caduque ovulaire persiste, au début de la gestation, la cavité utérine. Mais cette cavité va bientôt diminuer puis disparaître entièrement ; elle va, en effet, être occupée par l'œuf en voie de développement, qui peu à peu dilate toutes les parties environnantes. La caduque pariétale s'étire pour pouvoir recouvrir la surface interne toujours croissante de l'utérus. La caduque ovulaire se lamine aussi afin de pouvoir envelopper en entier l'œuf qui ne cesse d'accroître ses diamètres. La caduque pariétale et la caduque ovulaire sont en contact, la cavité utérine n'existe que virtuellement ; mais cependant les deux caduques ne sont pas adhérentes entre elles, du moins jusqu'au milieu du cinquième mois de la grossesse. Elles peuvent glisser l'une sur l'autre, la muqueuse ovulaire étant intimement unie au chorion, la muqueuse pariétale étant, elle, intimement unie au muscle utérin.

Mais au cours du cinquième mois, par suite de la disparition des cellules épithéliales qui les revêtaient, la caduque ovulaire et la caduque pariétale se soudent l'une à l'autre. Dès lors, les enveloppes de l'œuf, amnios, chorion et caduque ovulaire vont former avec la caduque pariétale un tout complet adhérent au muscle utérin. Les deux caduques ne glissent plus l'une sur l'autre ; le chorion solidement adhérent à

la caduque ovulaire, est par cela même uni au muscle utérin. Seul l'amnios pourrait se séparer du chorion.

Essai de pathogénie de la grossesse extra-membraneuse

Étant donné ces connaissances, nous allons exposer comment nous comprenons la pathogénie des grossesses extra-membraneuses.

L'instrument employé pour provoquer l'avortement, aiguille ou canule, entre dans le canal cervical, pénètre dans l'utérus, perfore les membranes. Le liquide amniotique s'écoule ; les membranes n'étant plus soutenues par le liquide, et n'étant pas encore adhérentes à la paroi utérine, se rétractent. A quel moment le fœtus sort-il des membranes? Il est impossible de le dire. Quoi qu'il en soit, lorsque le fœtus est sorti de la cavité ovulaire, les membranes, n'étant plus soumises à l'influence qu'exerce sur elles l'accroissement du fœtus et à la distension par le liquide amniotique, cessent de s'accroître ; et elles gardent le volume qu'elles avaient au moment de leur rupture.

Il peut se faire que l'agent traumatisant ne perfore pas les membranes. L'aiguille peut simplement décoller l'œuf, blesser les membranes ; et plus tard, les membranes, ayant subi de ce fait un retard dans leur croissance, se rompent et laissent écouler le liquide amniotique.

Mais que les membranes soient perforées ou non par le traumatisme, il n'en reste pas moins vrai que c'est ce traumatisme qui est la cause de la rupture.

Cependant le fœtus continue à se développer jusqu'au jour de l'accouchement où l'on constate son volume disproportionné avec la contenance de la poche membraneuse.

Les bords de la déchirure, plus ou moins aggrandis par le passage du fœtus, se cicatrisent ; un processus de cicatrisation vient agir sur le bord libre de l'amnios primitivement décollé du bord libre du chorion et les soude l'un à l'autre. Le Pr Bar a d'ailleurs donné la preuve histologique de ce processus de cicatrisation.

Comment expliquer la margination du placenta ? Car, même dans le cas où la déchirure des membranes est traumatique, le placenta est marginé. Nous ne saurions répondre d'une façon ferme à cette question que nous avouons un peu complexe. Faut-il l'expliquer par une endométrite consécutive au traumatisme ? Faut-il, comme Funck et Mlle Tourrier le prétendent, faire de la margination une conséquence de la rupture et de la rétraction des membranes et non une cause ? L'examen de certaines observations semblerait donner raison à cette dernière théorie. En effet, nous voyons un cas, publié par Muller, dans lequel le premier écoulement de liquide amniotique survint neuf semaines après la date des dernières règles; un autre cas publié par Stœkel où le liquide amniotique s'écoula trois mois après la date

des dernières règles; dans une observation de Dubrisay nous voyons une femme ayant ses dernières règles le 5 août, avoir les premières pertes le 5 octobre, c'est-à-dire moins de trois mois après le début de la grossesse; enfin, Maygrier publie un cas de grossesse extra-membraneuse avec placenta marginé chez une femme ayant les dernières règles le 5 août et le premier écoulement amniotique le 29 septembre, c'est-à-dire vers le deuxième mois de sa grossesse.

Nous n'osons, faute de preuves, affirmer comme le fait M. Funck, qu'à cette époque, si rapprochée du début de la grossesse, la marge n'existe pas. Mais nous nous demandons si la rupture de la poche membraneuse peut être mise, à cette époque-là, sur le compte de la réduction que la marge fait subir au volume de la poche?

Cette pathogénie que nous avons essayé de donner est-elle une théorie faite spécialement pour les trois cas que nous citons de rupture des membranes par ponction criminelle de l'œuf? Ou bien prétend-elle englober tous les cas déjà connus de grossesses extra-membraneuses?

Nous ne voulons pas être plus absolu qu'il ne convient, et nous croyons qu'aucune question médicale ne comporte la vérité absolue. Nous avouons que certaines grossesses extra-membraneuses peuvent avoir une endométrite pour cause; mais ce que nous croyons fermement, c'est que l'observation rapportée par Nolle et les trois que nous citons ne sont pas les

seuls exemples de grossesse extra ovulaire d'origine traumatique. Nous avons lu toutes les observations publiées jusqu'à ce jour (nous en donnons un tableau synoptique plus loin) et nous constatons que pas une ne mentionne le traumatisme. Cela est vrai ; mais nous aurions voulu voir la mention du traumatisme, au moins pour l'éliminer.

Nous pensons que, parmi les observations connues, beaucoup sont d'origine traumatique, mais que le traumatisme est resté ignoré des observateurs : soit que ceux-ci aient négligé ce point dans leur interrogatoire, soit que la femme ait nié avec l'énergie que sait avoir une femme lorsqu'il s'agit de nier un fait de cet ordre. Il est difficile de faire avouer un traumatisme criminel à une femme qui ne veut pas l'avouer, mais il importe que toujours l'interrogatoire soit très serré de ce côté-là ; et telle femme qui nie d'abord avec force, se contente ensuite de refuser de répondre à certaines questions, et avoue ensuite. On s'est ému du nombre toujours grandissant des avortements ; les chefs de service des maternités savent à quoi s'en tenir là-dessus. Sur les nombreux avortements qu'ils constatent, combien en est-il dont l'origine ait été avouée ? Souvent, les femmes ayant avorté éprouvent le besoin de donner une explication dans le but de tromper le médecin. Elles invoquent toujours un traumatisme accidentel, souvent assez maladroitement choisi.

A ce propos, une observation de grossesse extra-membraneuse publiée par M. Dubrisay, a attiré notre

attention. Une femme, V-pare, mariée à dix-huit ans, fait, à sa première grossesse, un avortement de trois mois, de cause inconnue. Les trois autres grossesses vont à terme ; les enfants sont vivants et bien portants. Au cours de sa cinquième grossesse, du deuxième au troisième mois, elle fait une chute dans un escalier et commence à perdre du sang et de l'eau. Cette raison donnée par elle, la chute dans un escalier est la raison la plus commune que donnent les femmes pour expliquer un avortement dont elles ne connaissent que trop bien les véritables causes. Pendant notre stage d'interne à la Maternité d'Angers, nous avons, par principe, poussé l'interrogatoire des femmes (et elles étaient nombreuses) qui expliquaient ainsi un avortement. Souvent elles finissaient par avouer. Beaucoup invoquent un long voyage, la chute sur un piquet ; certaines ne sont même pas arrêtées par l'invraisemblance d'une deuxième chute sur le même piquet.

Ce sont les faits seuls qui nous font énoncer une pathogénie différente de celle déjà admise, car ces faits nous ont frappé. Sur cinq grossesses extra-membraneuses que nous citons, trois sont d'origine traumatique, alors que dans les quelque trente observations antérieures nous n'en relevons qu'une seule. Ceci nous frappe d'autant plus que nous constatons que dans ces 30 observations, le premier écoulement de liquide amniotique a lieu vers le troisième ou quatrième mois de la grossesse, seule époque où la rétraction des membranes, après ponction, soit

possible, puisque après cette époque (milieu du cinquième mois) les caduques ovulaires et pariétales s'accolent.

Nous mentionnions tout à l'heure une augmentation notable du nombre des avortements ; cet accroissement du nombre des avortements coïncide avec un accroissement sensible du nombre des grossesses extra-membraneuses pendant ces dernières années. Ne faudrait-il pas voir une relation entre ces deux faits ?

Si le traumatisme n'est pas mentionné dans les observations antérieures aux nôtres, nous remarquons que l'endométrite, cause admise, ne l'est pas non plus. La plupart des observations restent muettes sur l'existence de l'endométrite qui provoque la rupture des membranes ; les observateurs se rangent du côté de la théorie endométrique, un peu sur la foi des traités et ne paraissent pas avoir contrôlé tous les faits.

Certes, pour s'élever contre cette théorie admise, une vue de l'esprit, seule, ne saurait suffire ; il a fallu que des faits, des faits certains, viennent avec leur éloquente simplicité s'imposer à nous, pour nous faire douter sur certains points des idées émises par nos maîtres.

TABLEAU SYNOPTIQUE

DES OBSERVATIONS DE GROSSESSES EXTRA-MEMBRANEUSES

Observations de :	Date de la rupture	Date de l'accouchement	Age de la grossesse au moment de la rupture	Étiologie	État du fœtus et des membranes	Placenta
Tarnier 1895	18 nov.	31 janv.	5 1/2	Traumat.	Fœtus vivant pendant 1 heure. Volume du fœtus : 980 cmc. Volume de la poche membran.: 210 cmc.	Marginé
Bar 1898	10 nov.	12 févr.	4 1/2	Néant	Fœtus mort. Poche beaucoup trop petite pour contenir le fœtus.	Marginé
Maygrier 1899	1er nov.	20 déc.	6	Néant	Fœtus vivant pendant 1 heure, ayant un vol. de 1.750 cmc. plus grand que la poche membraneuse.	Marginé
Dubrisay 1899	30 oct.	13 févr.	3	Néant	Fœtus vivant, mais faibl. Contenance de la poche non mesurée.	Marginé
Maygrier 1899	20 mars	7 mai	4	Néant	Fœtus vivant. Poche très petite.	Marginé
Muller 1899	?	?	?	Néant	Poche comme une soucoupe.	Marginé
Muller 1899			2	Néant	Poche comme un œuf de poule.	?
Stœckel 1899			3	Plac. prævia	Fœtus mort. Poche de 100 cmc.	Marginé
Bonnaire 1900	?	?	?	Endomét.	Membranes à peine suffisantes pour former calotte au fœtus.	Marginé
Dubrisay 1901	10 oct.	12 févr.	3	Chute dans un escalier	Poche de 200 cmc. manifestement plus petite que le fœtus.	Marginé
Reifferscheide	?	?	3	Néant	Volume du fœtus : 840 cmc. Volume de la poche : 120 cmc.	Marginé
Maygrier 1902	29 sep.	3 janv.	2	Voyage fatigant	Poche de 100 cmc.	Marginé
Perret	27 sep.	30 janv.	4	Néant	Poche ne pouvant contenir que fœtus de 3 mois.	Marginé

Observations de	Date de la rupture	Date de l'accouchement	Age de la grossesse au moment de la rupture	Étiologie	État du fœtus et des membranes	Placenta
Devraigne 1904	?	?	?	Endométrite	Volume fœtal : 265 cmc. Capacité du sac membraneux : 75 cmc.	Marginé
Macé et Moncany 1905	?	?		Néant	Poche très réduite.	Marginé
Clément 1906	18 janv.	23 fév.	4 mois	Néant	Disproportion flagrante entre le fœtus et la cavité ovulaire.	Énorme et marginé
Huchet 1906	26 sept.	13 nov.	5	Endométrite ou traumatisme	Poche beaucoup trop petite pour contenir le fœtus.	Marginé
Semon 1907	28 sept.	18 janv.	3	Néant	Membranes très rétractées. Cavité ovulaire : 1.000 cmc. Bord libre cicatriciel.	Lobulé et marginé
Wiemer 1907	?	?	?	Néant	Disproportion manifeste entre le fœtus et le sac membraneux.	Marginé
Berteaux 1908	?	?	3	Néant	Volume fœtal : 840 cmc. Capacité du sac membraneux, 132 cmc.	Marginé
Commandeur 1908	?	?	3	Néant	Membranes forment une petite poche à double orifice, à bords cicatriciels.	Marginé
Garipuy 1908	?	?	3	Néant	Cavité ovulaire insuffisante pour contenir le fœtus. Bord libre épaissi cicatriciel.	Marginé
Lequeux 1909				Néant	Fœtus malformé. Poche rudimentaire.	Marginé
Fabre et Bourret 1910	6 janv.	28 fév.	4	Effort au cours du travail.	Cavité membraneuse pouvant contenir une mandarine. Chorion et caduque épaissis.	Marginé
Nolle 1910	?	?	3	Traumatisme criminel.	Membranes présentant un orifice de la grandeur d'une pièce de 5 fr.	Marginé

Observations de :	Date de la rupture	Date de l'accouchement	Age de la grossesse au moment de la rupture	Étiologie	État du fœtus et des membranes	Placenta
Guérin-Valmale 1911	Sept.	16 fév.	3	Émotion violente.	Membranes forment une loge infiniment trop petite pour le fœtus.	Marginé
Boquel 1904	1er juin	6 août	4	Traumatisme criminel.	Poche membraneuse trop petite pour contenir le fœtus.	Marginé
Boquel 1905	15 mai	8 nov.	2 1/2	Néant	Volume du fœtus : 1370 cc. environ. Capacité de la poche membraneuse beaucoup trop petite pour le contenir.	Marginé
Boquel 1912	Mars (début)	1er juin	3	Néant	La poche membraneuse ne peut en aucune façon contenir la tête seule du fœtus.	Marginé
Boquel 1912	10 avril (environ)	27 août	2	Traumatisme criminel.	Volume du fœtus : 1255 cc. environ. La poche membraneuse est manifestement trop petite pour contenir le fœtus.	Marginé
Boquel 1913	5 mars	4 mai	4	Traumatisme criminel.	Volume du fœtus : 600 cc. environ. La poche membraneuse est très petite, un peu déchiquetée.	Marginé

CONCLUSIONS

I. — Le fœtus peut au cours de la grossesse s'échapper des membranes qui l'entourent et se mettre en rapport avec l'utérus : c'est la grossesse extra-membraneuse.

II. — Le diagnostic, vu le défaut de symptômes caractéristiques, ne peut être fait avant l'accouchement. Après l'accouchement il s'impose presque.

III. — L'étiologie peut être cherchée dans une maladie de l'œuf ou de l'utérus.

IV. — Nous basant sur des faits certains, nous pensons cependant que le traumatisme criminel est la cause la plus fréquente des grossesses extra-membraneuses.

Vu : le Président de la thèse,
P. BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Bar. — Sur quelques conséquences de la rupture des membranes pendant la grossesse (Séance du 6 avril 1898).

— Note sur la cicatrisation des déchirures des membranes ovulaires (Bull. de la Soc. d'Obst. Paris, février 1899).

— Fœtus extra-membraneux. Placenta marginé (Soc. d'Obst. Paris, 6 avril 1898).

Berteaux et Burnier. — Un cas de grossesse extra-membraneuse (Presse médicale, février 1908).

Bonnaire et Maury. — Présentation de fœtus extra-membraneux (Soc. d'Obst. Paris, 4 nov. 1900).

Boquel. — Hydrorrhée déciduale et hydrorrhée amniotique (Archives médicales d'Angers, 5 nov. 1906).

Clément. — Grossesse extra-membraneuse (Soc. d'Obst. Paris, 1906).

Commandeur. — L'Obstétrique, 1908.

Delore. — Thrombose et placenta marginé (Lyon médical, 1897, n° 17).

Devraigne. — L'Obstétrique, 1904.

Dubrisay. — Un cas de grossesse extra-membraneuse (Bull. Soc. d'Obst. Paris, février 1899, mars 1901).

Fabre et Bonnet. — Bull. de Soc. d'Obst. (Lyon, avril 1910).

Funck. — Du placenta marginé. Thèse de Nancy, 1909-1910.

Garipuy. — Ann. Gyn., 1909.

Glaize. — Thèse de Paris, 1898-1899.
Guérin-Valmale. — Soc. d'Obst. de Paris. (Réunion obstétricale de Montpellier, 14 juin 1911).
Huchet. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1906, n° 659.
Hamard. — Thèse de Paris, 1892.
Lequeux. — L'Obstétrique, 1909.
Maroger. — Thèse de Paris, 1903.
Macé et Moncany. — Bull. Soc. d'Obst. Paris, janvier 1905.
Maygrier. — Bull. Soc. d'Obst. Paris, janvier 1899.
Nolle. — Ann. de Gyn. et d'Obst., avril 1910.
Semon. — Hydrorrhée amniotique. Grossesse extra-membraneuse (Arch. de Gyn., 1907 ; Ann. Gyn., 1907).
Tarnier et Chantreuil. — Traité de l'art des accouchements.
Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements.
Tarnier. — Rupture des membranes pendant la grossesse, fœtus extra-membraneux.
Tourrier (M^lle). — Thèse de Montpellier, 1912.
Ribemont-Dessaignes. — Précis d'Obstétrique.
Varnier. — Obstétrique journalière.
Wienner. — Annales de Gynécologie, 1907.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

CHAPITRE PREMIER. — Introduction 9
CHAPITRE II. — État actuel de la question des grossesses extra-membraneuses 13
Historique 14
Symptomatologie 15
Pronostic 18
Pathogénie 19
CHAPITRE III. — Observations 27
Observation I 27
Observation II 31
Observation III 33
Observation IV 36
Observation V 38
Résumé 42
CHAPITRE IV. — Essai de Pathogénie 45
Notions anatomiques 45
Pathogénie 47
Tableau synoptique 53
CONCLUSIONS 57
BIBLIOGRAPHIE 59